Departamento de Seguridad Económica de Arizona

División de Sustento de Menores

SOLICITUD DEL TÍTULO IV-D PARA SERVICIOS DE SUSTENTO DE MENORES Y LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE

CLÁUSULA SOBRE EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

Yo entiendo que el Departamento de Seguridad de Economíca del Estado de Arizona (DES)/ La División de Sustento de Menores (DCSE) me esta pidiendo que yo voluntariamente provee mi número de seguro social como parte del proceso de esta *solicitud*. El DES/DCSE utilizara esta información asi como lo autoriza la ley para proveer servicios de sustento de menores que incluyen el establecimiento de la paternidad y una orden de tribunal para el sustento del menor, y la colección sobre la orden de tribunal para el sustento del menor. Si yo no les provee con mi número de seguro social o el de mi niño hoy mismo, yo entiendo que lo tendre que hacer cuando el DCSE/o sus agentes se preparen para ir al tribunal con el proposito de obtener una orden de tribunal de paternidad o de sustento de menores. Esto se require conforme a la ley federal 42 U.S.C. 666 (a)(13) y por la ley estatal A.R.S. § 25-1251.

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ◆ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el DCSE prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El DCSE tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el DCSE debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el DCSE tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el División de Sustento de Menores al 602-252-4045; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1.

Available in English.

DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD ECONÓMICA DE ARIZONA
DIVISIÓN DE SUSTENTO DE MENORES
P.O. BOX 40458 • PHOENIX, ARIZONA 85067 • (602) 252-4045

Gracias por solicitar información sobre los servicios de sustento de menores. La División de Sustento de Menores tiene la responsabilidad de administrar el programa de sustento de menores por medio del Estado de Arizona Conforme al Titulo IV-D del Acto de Seguro Social. Los siguientes son los servicios disponables por medio del DCSE:

- **Establecimiento de la paternidad legal**
- **Establecimiento de una orden de tribunal para el sustento de menores y sustento medico**
- **Coleccion en una orden de sustento de menores**
- **Coleccion en una orden de tribunal para el sustento conjugal que incluye una orden de tribunal ara el sustento de menores**
- **La localización de padres**
- **Revisión de la orden de tribunal para el sustento de menores con la posibilidad para una modificación**

Usted es automaticamente remitido al DCSE para obtener servicios, si es que usted actualmente esta recibiendo asistencia pública tal como Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o si esta participando en el programa federal del Titulo IV-E Cuidado Temporal *(Title IV-E Foster Care).*

Adjuntamos la **Solicitud Para Los Servicios de Sustento de Menores del Titulo IV-D** para que usted la llene-y-solicite nuestros servicios. Es muy importante que usted revise cuidadosamente este documento y despues llene completamente todas las formas adjuntes. Por favor de no dejar ninguna linea en blanco. Las preguntas que no le aplican en su situación por favor de escribir “N/A” que no es aplicable. Cuando usted no sabe o no tiene la respuesta por favor de escribir “UNK” que es desconocido. Si usted necesita ayuda para llenar la aplicacion, por favor de llamaral Servicio de Asistencia Para Clientes del DCSE al (602) 252-4045 para obtener asistencia. Por favor de usar tinta negra o azul para llenar la aplicación, si le es posible. **Es muy importante que usted FIRME la última pagina de la aplicación y obtenga la firma de un TESTIGO en las areas donde se le indica.**

Es muy importante y necesario tener información completa, correcta, y al corriente acerca de los padres para que asi el DCSE pueda proceder en su caso con todas las actividades relacionadas con el sustento de menores inclusive el obtener y colecciónar sustento de menores y sustento medico.

Por favor de regresar los siguientes documentos junto con la aplicación completa. Puede que usted ya tenga algunos de estos documentos y si no los tiene puede obtenerlos en el Clérigo del Tribunal *(Clerk of Court)* del condado donde se llevo acabo la orden de tribunal para el sustento del menor:

1. Si es necesario establecer la Paternidad, por favor de proveer una copia de la acta de nacimiento de cada uno de los niños y el comprobante de su matrimonio(s).

2. Una copia de alguna/todas las ordenes de tribunal/modificaciónes que tienen que ver con el sustento de menor o la paternidad del niño(s). Por favor de incluir todas las ordenes legales de paternidad y de sustento de menor, decreto de divorcio, y cualquier otro documento de tribunal.

3. Una copia de un comprobante de todos los pagos en su caso, si los tiene disponibles y solo si los pagos son ordenados por medio del Tribunal o por el Banco de Compensación. Usted no necesita proveer comprobante de los pagos que se hicieron por medio del sistema ATLAS, es el sistema automatico de pagos de Arizona. (Sistema Automatico de Localizacion de Arizona).

Como solicitante de los Servicios de Sustento de Menores del Título IV-D (DCSE) usted esta de acuerdo en cooperar por completo en todas las acciónes necesarias que le requiera La División de Sustento de Menores (DCSE) o sus agentes y sus abogados para establecer la paternidad, modificar o colecciónar en la obligación de sustento de menores. La cooperación incluye pero no esta limitada a lo siguiente:

1. Llenar todo documento que le pida el DCSE o sus agentes, y

2. Tarse a la oficina local de sustento de menores, la oficina local de Abogados del DCSE, a deposiciónes audencias adminstrativas o del tribunal o a un sitio designado para un examen genético despues de haber recibido un aviso.

3. Proveer toda información y documentación disponible que le pida el DCSE y avisarle al DCSE inmediatemente sobre lo siguiente:
   - Avisenos inmediatamente sobre cualquier cambio que ocurra en su domicilio residencial o de correo, número de telefono, y empleador.
   - Avisenos si usted a recibido beneficios de asistencia pública/en dinero efectivo (TANF/AFDC) a su nombre o su hijo(s) en otro estado que no es Arizona.
   - Darnos copias de **cualquier documento legal** o otros avisos que usted pueda tener en su posesion acerca de su divorcio, sustento de menor, sustento medico, tocante a la custodia, modificación de sustento de menores o custodia, el archivo de bancarrota por parte del padre quien hace los pagos, deposiciónes, apelaciónes, etc.
   - Informarnos de **algun** cambio en la custodia del niño(s) ya sea legal o fisico, incluyendo tutoria (corto o largo plazo), si usted se reune con el otro padre o de cambios importantes en su circumstancias financieras.
   - Avisenos si, en algun momento usted adquirio a un abogado para que la representara a usted en asuntos de sustento de menores o si usted o/su abogado arreglaron o archivaron documentos para tener una audencia en su defensa relacionada con la paternidad, sustento del menor o divorcio.
   - Darnos información correcta y completa sobre el nombre del otro padre y su domicilio, número de seguro social, ingresos, educacion y una historia de empleo. Informarnos inmediatamente de cualquier información nueva que usted tenga sobre el otro padre. La cantidad de información que usted provee puede afectar la probabilida de que el DCSE pueda localizaral otro padre y de que tenga exito en trabajar su caso.
   - Llenar estados de cuentas financieras cuando se lo pida el DCSE, puede que le requieran proveer verificación medical, educacional y costos del cuidado del niño y también de sus ingresos, y información acerca de otros hijos naturales o adoptivos en su casa. Puede que también le requieran que provee información acerca de visitas/tiempo que el niño convivio con el padre. Esta información es necesaria para el establecimiento y modificación de una orden de tribunal para el sustento de menores.
   - Esta de acuerdo en pagarleal DCSE todo el dinero que se le pago a usted por error. Estos pagos incluyen pagos que eran intencionados para otro padre, pagos que recibio el DCSE por parte del padre quien hace los pagos y que no fueron honrados porque no tenian suficientes fondos en el Banco para cubrir la cantidad de pago, una orden de tribunal que impidel pago o pagos que recibimos de los Impuestos de Servicios de Rentas Públicas *(Internal Revenue Service)* que despues son regresados.
   - Si su caso es enviado a otro Estado en cual conforme con la ley de ese Estado le requiereal solicitante quien solicita servicios del Tíitulo IV-D que page el costo actual por los procedimientos entre estados, esto se hace al firmar el Derecho de un Acuerdo de Recuperación y page honorarios y/o costos de recuperación.
   - Esta de acuerdo en pagar los costos de un examen genético (DNA) en el caso de paternidad si se determina que usted es el padre.

El Derecho De Protejer Información Personal

Si usted cree que al revelar su direccion/domicilio o su información identificadora personal le puede causar daño fisico y emocional a usted y a sus niños o a un pariente quien es el guardián, si es asi por favor de avisarnos inmediatamente. También debe de avisarnos si usted tiene una Orden de Tribunal Para Su Protección, una Orden Interdicto, una Orden Para Protejer su Dirección o si hay o habido violencia domestica en su relación con otra persona quien pueda afectar esta situación.

EL SOLICITANTE COMPRENDE QUE EL DCSE TIENE EL DERECHO Y LA RESPONSABILIDAD DE:

- Hacer el intento de establecer la paternidad y sustento, seguro medica, y coleccionar ambas obligaciones de sustento de menores y sustento conjugal cual fue establecida por el padre quien tiene la custodia.
- Decidir la mejor manera de manejar su caso ya sea consistente con los requerimientos estatales y federales, y decidir si es necesario tomar una accion legal. El DCSE tomara esta decision despues de consultar con un consejero legal y actuara en manera que sea consiste con el mejor interes del Estado.
- Notificaral solicitante sobre todos los procedimientos para establecer y modificar el sustento y proveeral solicitante con copias de ordenes de tribunal, si es necesario.
- Proveeral tribunal con su direccion/domicilio y alguna otra informacion identificadora personal para el litigio del sustento de menor y a otros quienes permite la ley federal y estatal a menos que se determine que su informacion debe ser protejida. El DCSE debe cumplir con las ordenes de tribunal relacionadas con revelar su direccion/domicilio o informacion en su caso oal tribunal o algun procedimiento.
- Revelar el número de seguro social del niño(s)al empleador de uno de los padres cuando se le requiereal padre proveer seguro medico.
- Divulgar la informacion que el solicitante nos provee a otras agencias estatales y federales que esten involucradas en la administracion de la asistencia publica de dinero efectivo (TANF), Medicaid, seguro de desempleo, impuestos de ingresos, y programas de sustento de menor y usar esta informacion para procedimientos en contra de los padres o otra persona quien tiene la custodia que no sea el padre.
- Cuando uno de los padres soliciten una modificacion, el DCSE debe revisar la orden de tribunal cada tres anos para una modificacion y determinar si es apropiado un ajuste. (La revision determinara si la cantidad en la orden de tribunal es rasonable y apropiada conforme a la Directriz de Sustento de Menores de Arizona *(Arizona Child Support Guidelines)* y cual puede resultar en una disminucion, aumento, o ningun cambio en la cantidad actualmente en la orden de tribunal para sustento de menor.) Se puede solicitar una modificacion de la orden de tribunal si la orden de tribunal para el sustento de menor no incluye una provision de seguro medico. Las solicitudes que se reciben a mas de cada tres anos deben indicar un cambio substancial y cambios continuos en las circumstancias). Puede queal DCSE se le requiera solicitar una modificacion de la orden de tribunal, ya sea hacia arriba o hacia abajo de acuerdo con la ley estatal.

LA LEY FEDERAL Y ESTATAL TIENE REQUISITOS PARA DISTRIBUIR LOS PAGOS DE SUSTENTO DE MENORES

- Los pagos que colecciónamos deben de ser distribuidos durante dos dias del dia en que se recibieron despues que se provee toda la informacion apropiada. Esto no le aplica a los pagos que recibimos por medio de interceptos de reembolso de impuestos.
- El primer dinero que se reciba durante un mes es considerado como el sustento corriente de ese mes y se le debe de distribuir a la persona quien tiene la custodia durante dos dias despues que el DCSE haiga documentado el pago.
- Los pagos de sustento de menores que se reciban mientras la familia esta recibiendo asistencia en dinero efectivo TANF y los atrasos que se acumularon durante ese tiempo seran cedidosal Estado y no se le pagaran a la persona quien tiene la custodia.
- Los pagos de sustento corriente y los atrasos que se acumulen despues de que el caso TANF se cierre se le pagaran a la persona quien tiene la custodia.
- Una vez que ya se pague el sustento corriente del mes, cualquier dinero que se reciba de mas durante el mes sera considerado como pago hacia el sustento que no se pago en el pasado o sustento retrasado. Si se recibe un pago que exceda la cantidad de la obligacion de sustento corriente y no existe un balance pendiente, el DCSE le dara credito (por esa cantidad que excede) hacia el sustento que no se pago en el pasado, o sustento en el futuro, o a honorarios pendientes. Los honorarios no se restan de ningun pago hasta que la cantidad completa de sustento se haiga pagado por el mes, estos incluyen el sustento corriente y retrasado.
- Si el padre quien hace los pagos le debe el sustento corriente mensual a mas de una familia, todo el sustento corriente se pagara primero antes de que se aplique dinero como pago a la cantidad de sustento que se debe en el pasado. Cuando la cantidad que se colecciono no es suficiente dinero para pagar el sustento corriente mensual a todas las familias, el pago se repartira entre las familias.
- Si el padre quien tiene la custodia se cambia de residencia y no le avisaal DCSE de su nueva direccion/domicilio, y el DCSE no puede enviarle los pagos de sustento durante siento veinte (120) dias, el pago se le regresaraal padre quien no tiene la custodia. Si el DCSE no puede entregarle la cantidad de sustentoal padre quien no tiene la custodia entonces esta cantidad se considera propiedad abandonada, cual se renunciara al estado por medio del Departamento de Rentas Publicas de Arizona.
- Como es requerido por A.R.S., §-46-445, se le paga a la persona con custodia todos los pagos de sustento electrónicamente mediante la tarjeta de pagos electrónicos de Arizona o por depósito directo a la cuenta de banco de la persona con custodio. Desde el junio de 2005, DES/DCSE ya no emite cheques de papel. Si la persona con custodia cree que tiene una dificultad válida o requiere un arreglo razonable, presente peticiones a:

AZ State Disbursement Unit, Attention: Direct Deposit/ EPC, P.O. Box 36626, Phoenix, AZ 85067

CASO CERRADO

Conforme a la s circumstancias que permite la ley federal, su caso con el dcse puede que se cierre si:

- Los factores del caso han establecido una incapacidad que impide tomar una accion hacia a la coleccion de sustento.
- El DCSE documento que usted no ha colaborado y su colaboracion es esencial para el proximo paso en proveer servicios, y usted no esta recibiendo beneficios de asistencia publica.
- Usted a solicitado por escrito que se cierre su caso, no hay ninguna deuda de sustento de menores o medical que de deba conforme a la orden de tribunal y al estado, y ni usted ni su niño(s) reciben asistencia publica.
- El DCSE no ha logrado comunicarse con usted durante un periodo de sesenta (60) dias calendarios, a pesar de todos los intentos que se han hecho por telefono y por lo menos una carta por correo de primera clase, y usted no esta recibiendo asistencia publica.

Usted recibira un aviso por escrito antes de que se cierre su caso.

EL DCSE O SUS AGENTES NO OFRECEN LOS SIGUIENTES SERVICIOS

- Demandas de divorcio (Disolucion de Matrimonio)
- La colección de ordenes de tribunal que no incluyen el sustento de menores y solo dirigen el sustento conjugal o solo el mantenimiento.
- Acción legal sobre la custodia, derecho de visitas, o el tiempo paternal.
- Colección de pagos que son ordenados por el tribunal para pagar costos medicales que no se han pagado o otras cuentas, honorarios de abogado, acuerdos de propiedad, o acuerdos referente a costos de universidad o colegio.
- Examenes genéticos (DNA) con el proposito de refutar la paternidad o anular ordenes de paternidad.

REPRESENTACION LEGAL

Los Abogados Generales de Arizona y los Abogados del Condado no lo representan a usted ni a sus niños en los procedimientos de sustento de menores; ellos representanal Estado de Arizona. Si usted necesita alguno de estos servicios, usted puede comunicarse con un abogado privado o llame a los Servicios Legales de la Comunidad al 1-800-852-9075

OFICINAS DEL DIVISIÓN DE SUSTENTO DE MENORES

Servicios a Clientes
P.O. Box 40458
Phoenix, AZ 85067-9917
Teléfono: (602) 252-4045
Gratis: (800) 882-4151

Oficina de Flagstaff
2323 N. Walgreens St, Suite 100
Flagstaff, AZ 86004
Teléfono: (928) 527-0924
Gratis: (800) 517-7365

Oficina de Glendale
8910 N. 43rd Ave, Suite 105
Glendale, AZ 85302
Teléfono: (623) 252-4045
Gratis: (800) 882-4151

Oficina de Kingman
519 E. Beale St. Suite 110
Kingman, AZ 86401
Teléfono: (928) 753-3134

Oficina de Gilbert
2290 W. Guadalupe Rd.
Gilbert, AZ 85233
Teléfono: (602) 252-4045
Gratis: (800) 882-4151

Oficina de Safford
1938 Thatcher Blvd.
Safford, AZ 85546
Teléfono: (928) 428-6648

Condado Santa Cruz
1843 N. State Drive, 2nd Floor
Nogales, AZ 85621
Teléfono: (520) 761-4787

Oficina de Phoenix
2222 W. Encanto Blvd.
Phoenix, AZ 85009
Teléfono: (602) 252-4045
Gratis: (800) 882-4151

Oficina de Tucson
7202 E. Rosewood, Ste 100
Tucson, AZ 85710
Teléfono: (520) 622-7000

Condado Yavapai (Cottonwood)
1500 E. Cherry
Cottonwood, AZ 86326
Teléfono: (928) 639-3131

Condado Yavapai (Prescott)
122 N Cortez, Suite 306
Prescott, AZ 86301
Teléfono: (928) 771-1090

Oficina de Yuma
1310 S. 3rd Avenue
Yuma, AZ 85364
Teléfono: (928) 539-1998

OFICINAS CONTRATADAS EN LOS CONDADOS

Condado Cochise
Child Support Services of Arizona
Warren Plaza
7 Bisbee Road, Suite D
Bisbee, AZ 85603
Teléfono: (520) 432-3161
Gratis: (866) 358-0616

Conadao Gila
Child Support Enforcement
157 S. Broad St.
Globe, AZ 85501
Teléfono: (928) 425-4464

Condado La Paz
Child Support Enforcement
11211 Geronimo
Parker, AZ 85344
Teléfono: (928) 669-6469

Condado Navajo
Child Support
121 W. Buffalo
Holbrook, AZ 86025
Teléfono: (928) 524-4730

Condado Pinal
Pinal County Child Support
30 N. Florence St, Building D
Florence, AZ 85232
Teléfono: (520) 866-6309

SOLICITUD DEL TITULO IV-D PARA SERVICIOS DE SUSTENTO DE MENORES

For Official Use Only *Solamente Para Uso Oficial*	
Date Application Requested	_____
Date Application Mailed/Provided	_____
Date Application Received	_____
ATLAS #	_____

*** POR FAVOR DE LEER ***

- **Si usted esta aplicando para obtener servicios para más de dos niños cuales tienen el mismo padre, por favor de pedir más paginas ar añedir los demas niños.**
- **Si usted esta aplicando para obtener servicios para un múltiple de niños que no tienen el mismo padre, más de un padre quien no tiene la custodia, por favor de llenar una solicitud para cada uno de los padres.**
- **Cuando llene esta solicitud, por favor de escribir claramente y legiblemente en LETRA DE MOLDE, con tinta negra o azul.**

Requisito de Interprete:

Necesita usted un interprete? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, cual es al idioma? _____

Instrucciónes para llenar esta solicitud:

Por favor de elegir una de las afirmaciónes que estan escritas abajo y que mejor lo describan a usted:

☐ **El Guardián:** El guardián es la persona quien cuida de la salud y bienestar del niño y tiene la custodia fisica y legal del niño(s) dependiente, pero NO es el padre. Si USTED es el guardián, por favor de llenar TODAS la secciónes de esta solicitud.

☐ **El Padre Quien Tiene La Custodia:** El padre quien tiene la custodia es el padre natural o el padre adoptivo, y el niño vive con usted. Si USTED es el padre quien tiene la custodia, por favor de llenar la sección 2, 3 y 4 de esta solicitud.

☐ **El Padre Quien No Tiene La Custodia:** El padre quien no tiene la custodia es el padre natural o adoptive, o el supuesto padre, y el niño no vive con usted. Si USTED es el padre quien no tiene la custodia, por favor de llenar la sección 2, 3 y 4 de esta solicitud.

Section 1: Caretaker Information

(If YOU are the person who cares for the child's health or welfare and has physical or legal custody of the dependent child(ren) and are NOT the parent, please complete this section.)

Sección 1: Información sobre el Guardián

(Si USTED es la persona quien cuida de la salud y el bienestar del niño y tiene la custodia fisica y legal del niño dependiente y NO es el padre, favor de llenar esta sección.)

Legal Name (Last) / *Nombre Legal (Apellido)*	Legal Name (First, middle) / *Nombre Legal (Primero, segundo)*

Other Names Used / *Otros Nombres Que a Usado*	Social Security No. / *Núm. de Seguro Social*	Date of Birth (Month, day, year) *Fecha De Nacimiento (Mes, dia, año)*

Gender/*Sexo*

☐ Male / *Masculino*

☐ Female / *Femenina*

Are you a member of a Tribe? / *Usted es un miembro de una Tribu?* ☐ Yes/*Sí* ☐ No

If yes, name of Tribe: */ Si es sí, el nombre del Tribu:* _____

Tribal Census Number: */ El Número Tribal de Censo:* _____

Residential Address (No., Street) / *Domicilio Residencial (Núm., Calle)*	City / *Ciudad*	State / *Estado*	ZIP Code / *Codigo Postal*

Mailing Address (No., Street / P.O. Box) / *Domicilio de Correo (Núm., Calle/Caja Postal)*	City / *Ciudad*	State / *Estado*	ZIP Code / *Codigo Postal*

Home Phone No. / *Núm. de Telefono de Casa*	Work Phone No. / *Núm. de Telefono de Trabajo*	Cell or Message Phone No. / *Teléfono de Cellular o Mensaje*

For each child listed, when did you (the Caretaker) obtain physical custody of the child(ren)? / Por cada niño(a) indicado usted (el Guardián) cuando obtuvo la custodia física del niño(a)?

Do you (the Caretaker) have legal guardianship of the child? / *¿Usted (el Guardián) tiene custodia legal de este niño(a)?*

Child's Name / *Nombre de niño*	Date of Custody (Month, year) *Fecha de custodia (mes, año)*	Legal Guardianship *Guardianamente*
		☐ Yes / *Sí* ☐ No
		☐ Yes / *Sí* ☐ No
		☐ Yes / *Sí* ☐ No
		☐ Yes / *Sí* ☐ No

What is your (the Caretaker's) relationship to the mother of the child(ren)? *¿Cual es su relación entre usted (la Guardián) y la madre del niño(s)?*	What is your (the Caretaker's) relationship to the father of the child(ren)? *¿Cual es su relación entre usted (la Guardián) y el padre del niño(s)?*

Have you (the Caretaker) ever applied for or received the following services? (If yes, when and where?)

Si alguna vez usted (el Guardian) aplicó o recibió los siguientes servicios? (Si es sí, cuando y donde?)

1. **Child support services / *Servicios de sustento de menores*** ☐ Yes/*Sí* ☐ No

   When (month, year) / *Fecha (mes, año)* _____ Where (city, state) / *Donde (ciudad, estado)* _____

2. **Cash assistance / *Asistencia de dinero en efectivo*** ☐ Yes/*Sí* ☐ No

   When (month, year) / *Fecha (mes, año)* _____ Where (city, state) / *Donde (ciudad, estado)* _____

3. **Medical assistance / *Asistencia médica*** ☐ Yes/*Sí* ☐ No

   When (month, year) / *Fecha (mes, año)* _____ Where (city, state) / *Donde (ciudad, estado)* _____

Does an attorney represent you (the Caretaker) for any issue regarding the parents and/or child(ren)?

Esta representando usted (el Guardián) por un abogado por cualquier asunto relacionado con el niño(s)?

☐ Yes/Sí ☐ No

Attorney's Name / *Nombre del abogado* _____

Attorney's Phone No. / *Núm. de teléfono del abogado* _____

Section 2: Custodial Parent Information

(If you are the Caretaker, please complete this section with the mother's information)

Sección 2: Información sobre el padre quien tiene la custodia

(Si USTED es el Guardián, favor de llenar esta sección con la información de la madre)

Legal Name (Last) / *Nombre Legal (Apellido)*	Legal Name (First, middle) / *Nombre Legal (Primero, segundo)*

Other Names Used / *Otros Nombres Que a Usado*	Social Security No. / *Núm. de Seguro Social*	Date of Birth (Month, day, year) *Fecha De Nacimiento (Mes, dia, año)*

Gender/*Sexo*

☐ Male / *Masculino*

☐ Female / *Femenina*

Are you a member of a Tribe? / *Usted es un miembro de una Tribu?* ☐ Yes/*Sí* ☐ No

If yes, name of Tribe: */ Si es sí, el nombre del Tribu:* _____

Tribal Census Number: */ El Número Tribal de Censo:* _____

Physical Description /Descripción física:

Race / *Raza*	Weight / *Peso*	Height / *Estatura*	Eye Color / *Color de ojos*	Hair Color / *Color de cabello*

Distinguishing Characteristics (Describe any tattoos, scars, birthmarks, facial hair, glasses, etc.)
Característica distinguidos (Describe cualquier atributo como tatuajes, cicatriz, marcas de nacimiento, cabello de cara, anteojos, etc.):

Residential Address (No., Street) / *Domicilio Residencial (Núm., Calle)*	City / *Ciudad*	State / *Estado*	ZIP Code / *Codigo Postal*

Mailing Address (No., Street / P.O. Box) / *Domicilio de Correo (Núm., Calle/Caja Postal)*	City / *Ciudad*	State / *Estado*	ZIP Code / *Codigo Postal*

Home Phone No. / *Núm. de Teléfono de Casa*	Work Phone No. / *Núm. de Teléfono de Trabajo*	Cell or Message Phone No. / *Teléfono de Cellular o Mensaje*

Occupation / *Occupación*	Last Known Employer's Name / *Nombre del último empleador*

Employer's Address (No., Street) / *Dirección del empleador (Núm., calle)*	City / *Ciudad*	State / *Estado*	Zip Code / *Codigo Postal*

Has this Custodial Parent ever applied for or received the following services? (If yes, when and where?)
Alguna vez el padre quien tiene la custodia aplicó o recibó los siguientes servicios? (Si es sí, cuando y donde?)

1. **Child support services / *Servicios de sustento de menores*** ☐ Yes/*Sí* ☐ No

   When (month, year) / *Fecha (mes, año)* _____ Where (city, state) / *Donde (ciudad, estado)* _____

2. **Cash assistance / *Asistencia de dinero en efectivo*** ☐ Yes/*Sí* ☐ No

   When (month, year) / *Fecha (mes, año)* _____ Where (city, state) / *Donde (ciudad, estado)* _____

3. **Medical assistance / *Asistencia médica*** ☐ Yes/*Sí* ☐ No

   When (month, year) / *Fecha (mes, año)* _____ Where (city, state) / *Donde (ciudad, estado)* _____

Does an attorney represent this Custodial Parent for any issue regarding the other parent and/or child(ren)?
Esta representado por un abogodo el padre que tiene la custodia por algún asunto relacionado con el otro padre y/o con el niño(s)?
☐ Yes/Sí ☐ No

Attorney's Name / *Nombre del abogado* _____

Attorney's Phone No. / *Núm. de teléfono del abogado* _____

Section 3: Non-Custodial Parent Information

(If you are the Caretaker, please complete this section with the father's information)

Sección 3: Información sobre el padre quien NO tiene la custodia

(Si Usted es el Guardián, favor de llenar esta sección con la información del padre)

Legal Name (Last) / *Nombre Legal (Apellido)*	Legal Name (First, middle) / *Nombre Legal (Primero, segundo)*

Other Names Used / *Otros Nombres Que a Usado*	Social Security No. / *Núm. de Seguro Social*	Date of Birth (Month, day, year) *Fecha De Nacimiento (Mes, dia, año)*

Gender/*Sexo*

☐ Male / *Masculino*

☐ Female / *Femenina*

Are you a member of a Tribe? / *Usted es un miembro de una Tribu?* ☐ Yes/*Sí* ☐ No

If yes, name of Tribe: */ Si es sí, el nombre del Tribu:* _____

Tribal Census Number: */ El Número Tribal de Censo:* _____

Physical Description /Descripción fisica:

Race / *Raza*	Weight / *Peso*	Height / *Estatura*	Eye Color / *Color de ojos*	Hair Color / *Color de cabello*

Distinguishing Characteristics (Describe any tattoos, scars, birthmarks, facial hair, glasses, etc.)
Características distinguidos (Describe cualquier atributo como tatuajes, cicatriz, marcas de nacimiento, cabello de cara, anteojos, etc.):

Residential Address (No., Street) / *Domicilio Residencial (Núm., Calle)*	City / *Ciudad*	State / *Estado*	ZIP Code / *Codigo Postal*

Mailing Address (No., Street / P.O. Box) / *Domicilio de Correo (Núm., Calle/Caja Postal)*	City / *Ciudad*	State / *Estado*	ZIP Code / *Codigo Postal*

Home Phone No. / *Núm. de Teléfono de Casa*	Work Phone No. / *Núm. de Teléfono de Trabajo*	Cell or Message Phone No. / *Teléfono de Cellular o Mensaje*

Occupation / *Occupación*	Last Known Employer's Name / *Nombre del último empleador*

Employer's Address (No., Street) / *Dirección del empleador (Núm., calle)*	City / *Ciudad*	State / *Estado*	Zip Code / *Codigo Postal*

Has this Non-Custodial Parent ever applied for or received the following services? (If yes, when and where?)
Alguna vez el padre quien no tiene la custodia aplicó o recibó los siguientes servicios? (Si es sí, cuando y donde?)

1. **Child support services / *Servicios de sustento de menores*** ☐ Yes/*Sí* ☐ No

   When (month, year) / *Fecha (mes, año)* _____ Where (city, state) / *Donde (ciudad, estado)* _____

2. **Cash assistance / *Asistencia de dinero en efectivo*** ☐ Yes/*Sí* ☐ No

   When (month, year) / *Fecha (mes, año)* _____ Where (city, state) / *Donde (ciudad, estado)* _____

3. **Medical assistance / *Asistencia médica*** ☐ Yes/*Sí* ☐ No

   When (month, year) / *Fecha (mes, año)* _____ Where (city, state) / *Donde (ciudad, estado)* _____

Does an attorney represent this Non-Custodial Parent for any issue regarding the other parent and/or child(ren)?
Esta representando por un abogado el padre que no tiene la custodia por algún asunto relacionado con el otro padre y/o con el niño(s)?
☐ Yes/Sí ☐ No

Attorney's Name / *Nombre del abogado* _____

Attorney's Phone No. / *Núm. de teléfono del abogado* _____

Section 4a: Child #1 Information

(If you are applying for services for more than two children with the same father, complete a supplemental page for each additional child.)

Sección 4a: Información sobre el niño #1

(Si usted aplicó para servicios para más de dos niños que tienen el mismo padre, favor de solicitar pagina adicionales.)

Legal Name (Last) / *Nombre Legal (Apellido)*	Legal Name (First, middle) / *Nombre Legal (Primero, segundo)*

Social Security No. / *Núm. de Seguro Social*	Gender/*Sexo*	Does this child live with you? *Este niño vive con usted?*	What is your relationship to this child? *¿Cual es su relación con este niño?*
	☐ Male / *Masculino* ☐ Female / *Femenina*	☐ Yes / Sí ☐ No	

Date of Birth (Month, day, year) *Fecha de nacimiento (Mes,dia, año)*	Place of Birth (City, state, county) *Lugar de nacimiento (Ciudad, estado, condado)*	Place of Conception (City, state) *Lugar donde concibió (Ciudad, estado)*

Is this child a member of a Tribe? / *Esta niño es un miembro de una Tribu?* ☐ Yes/*Si* ☐ No

If yes, name of Tribe: */ Si es sí, el nombre del Tribu:* _____

Tribal Census Number: */ El Número Tribal de Censo:* _____

What was the relationship between the parents at the time of this child's birth? / *Cual fue la relación entre los padres durante el nacimeinto del niño?*

☐ Never married / *Nunca fueron casados* ☐ Married / *Casados* ☐ Divorced / *Divorciados*

Was the mother married to anyone at the time of the child's conception or birth?
La madre estaba casada con alguna persona durante el tiempo que concibio o el nacimiento del niño? ☐ Yes / *Sí* ☐ No

If yes, to whom? / *Si es sí, con quien?* _____

Date of marriage (month, day, year) / *Fecha de matrimonio (mes, día, año)* _____

Place of marriage (city, county, state)
Lugar donde se llebo acabo el matrimonio (ciudad, condado, estado) _____

Date of divorce (month, day, year) / *Fecha de divorcio (mes, día, año)* _____

Place of divorce (city, county, state)
Lugar donde de divorcio (ciudad, condado, estado) _____

Is any man named as the father on this child's birth certificate?
E*sta nombrado algun hombre como padre en el acta de nacimiento del niño?* ☐ Yes/*Sí* ☐ No

If yes, what is his name? / *Si es sí, que es su nombre?* _____

Does a court order exist that addresses this child? If yes, provide the county, state and court order number.
Existe una orden del tribunal que nombre a este niño? Si es si, proveer el condado, estado y el numero de la orden del tribunal.

	Existing Order ***Orden existe***	**County / *Condado***	**State / *Estado***	**Court Order No.** ***Núm. de orden del tribunal***
Paternity / *Paternidad*	☐ Yes/*Sí* ☐ No			
Child Support / *Sustento de menores*	☐ Yes/*Sí* ☐ No			
Medical/Dental / *Medíco/Dental*	☐ Yes/*Sí* ☐ No			
Custody/Visitation / *Custodia/Visitación*	☐ Yes/*Sí* ☐ No			
Guardianship / *Tutela*	☐ Yes/*Sí* ☐ No			
Termination of Parental Rights ***Terminacion de derechos parentales***	☐ Yes/*Sí* ☐ No			
Adoption Pending / Final ***Adopcion pendiente / ultímo***	☐ Yes/*Sí* ☐ No			
Legal Separation / *Separación legal*	☐ Yes/*Sí* ☐ No			
Divorce Decree / Annulment ***Decreto de divorcio / Anulación***	☐ Yes/*Sí* ☐ No			

Section 4b: Child #2 Information

(If you are applying for services for more than two children with the same father, complete a supplemental page for each additional child.)

Sección 4b: Información sobre el niño #2

(Si usted aplicó para servicios para más de dos niños que tienen el mismo padre, favor de solicitar pagina adicionales.)

Legal Name (Last) / *Nombre Legal (Apellido)*	Legal Name (First, middle) / *Nombre Legal (Primero, segundo)*

Social Security No. / *Núm. de Seguro Social*	Gender/*Sexo*	Does this child live with you? *Este niño vive con usted?*	What is your relationship to this child? *¿Cual es su relación con este niño?*
	☐ Male / *Masculino* ☐ Female / *Femenina*	☐ Yes / Sí ☐ No	

Date of Birth (Month, day, year) *Fecha de nacimiento (Mes,dia, año)*	Place of Birth (City, state, county) *Lugar de nacimiento (Ciudad, estado, condado)*	Place of Conception (City, state) *Lugar donde concibió (Ciudad, estado)*

Is this child a member of a Tribe? / *Esta niño es un miembro de una Tribu?* ☐ Yes/*Si* ☐ No

If yes, name of Tribe: */ Si es sí, el nombre del Tribu:* _____

Tribal Census Number: */ El Número Tribal de Censo:* _____

What was the relationship between the parents at the time of this child's birth? / *Cual fue la relación entre los padres durante el nacimeinto del niño?*

☐ Never married / *Nunca fueron casados* ☐ Married / *Casados* ☐ Divorced / *Divorciados*

Was the mother married to anyone at the time of the child's conception or birth?
La madre estaba casada con alguna persona durante el tiempo que concibio o el nacimiento del niño? ☐ Yes / *Sí* ☐ No

If yes, to whom? / *Si es sí, con quien?* _____

Date of marriage (month, day, year) / *Fecha de matrimonio (mes, día, año)* _____

Place of marriage (city, county, state)
Lugar donde se llebo acabo el matrimonio (ciudad, condado, estado) _____

Date of divorce (month, day, year) / *Fecha de divorcio (mes, día, año)* _____

Place of divorce (city, county, state)
Lugar donde de divorcio (ciudad, condado, estado) _____

Is any man named as the father on this child's birth certificate?
E*sta nombrado algun hombre como padre en el acta de nacimiento del niño?* ☐ Yes/*Sí* ☐ No

If yes, what is his name? / *Si es sí, que es su nombre?* _____

Does a court order exist that addresses this child? If yes, provide the county, state and court order number.
Existe una orden del tribunal que nombre a este niño? Si es si, proveer el condado, estado y el numero de la orden del tribunal.

	Existing Order ***Orden existe***	**County / *Condado***	**State / *Estado***	**Court Order No.** ***Núm. de orden del tribunal***
Paternity / *Paternidad*	☐ Yes/*Sí* ☐ No			
Child Support / *Sustento de menores*	☐ Yes/*Sí* ☐ No			
Medical/Dental / *Medíco/Dental*	☐ Yes/*Sí* ☐ No			
Custody/Visitation / *Custodia/Visitación*	☐ Yes/*Sí* ☐ No			
Guardianship / *Tutela*	☐ Yes/*Sí* ☐ No			
Termination of Parental Rights ***Terminacion de derechos parentales***	☐ Yes/*Sí* ☐ No			
Adoption Pending / Final ***Adopcion pendiente / ultímo***	☐ Yes/*Sí* ☐ No			
Legal Separation / *Separación legal*	☐ Yes/*Sí* ☐ No			
Divorce Decree / Annulment ***Decreto de divorcio / Anulación***	☐ Yes/*Sí* ☐ No			

Requisitos Para Cooperar
La División de Sustento de Menores

Yo entiendo que como solicitante de los servicios de sustento de menores se me requiere cooperar con el programa del estado de sustento de menores. Esto incluye el proveer información verbal y por escrito, participar en los examenes geneticos para establecer la paternidad, presentarme como testigo a audencias tribunales ya sea necesario para proceder con los servicios de sustento de menores que se solicitaron y informar a la agencia de sustento de menores sobre cualquier cambio en domicilio y/o número de telefono. **Yo entiendo que si yo no cumplo con mi cooperacion esto puede resultar en que se cierre mi caso. (Vea la explicacion en Los Derechos y Responsabilidades)**

Yo entiendo que la agencia del Titulo IV-D tiene el derecho de determinar cuales servicios de sustento de menores se me proveeran para colecciónar el sustento del menor.

Yo entiendo que la agencia del Titulo IV-D tiene la responsabilidad de proteger toda información personal indentificadora cuando reciba un pedido de que no se debe revelar la información por razónes de violencia domestica y familiar. **Yo tambien entiendo que la ley le permite a un tribunal que le ordene a la agencia del Titulo IV-D que revele la información si el tribunal decide que el revelar la información no pondria en riesgo mi salud, seguridad, o libertad o la del niño(s).**

Yo entiendo que los servicios legales para el estado se pueden proveer por medio de abogados privados o por los abogados de las Oficinas de Abogados del Condado o de las Oficinas de Abogados Generales. **Yo tambien entiendo que tal abogado no me representa a mi o al niño(s) apuntado en esto, pero si representa al Estado de Arizona**.

Yo entiendo que soy legalmente responsable de pagarle o devolverle al Estado de Arizona cualquier cantidad de dinero que me haigan pagado por medio de un error.

Yo por la presente estoy de acuerdo en recibir por correo de primera clase todo documento legal y cualquier aviso que se archivo en el tribunal por medio del Estado de Arizona. Además renuncio a los servicios personales y estoy de acuerdo en aceptar el servicio de proceso por correo de primera clase de cualquier y todo documento archivado en el tribunal por medio del Estado de Arizona en su intento de establecer la paternidad o el establecer, modificar, o coleccionar en la orden de sustento de menores. Esta renuncia se mantiene en efecto hasta que mi caso del IV-D se cierre.

AFIRMACIÓN: Yo aplique para los servicios de sustento de menores conforme al codigo federal 42-U.S.C. §§ 651-669, de otro modo conocido como el "Titulo IV-D del Acto de Seguro Social". Según el A.R.S. §41-1954, el Departamento de Seguridad Económica / División de Sustento de Menores ha sido designado como la agencia IV-D del Estado de Arizona. Yo afirmo bajo posible pena de perjurio o falso juramento que esta solicitud fue hecha por el solo proposito de obtener sustento de menores de un individuo(s) quien es/son/puede que sea responsable del sustento del niño(s) dependiente, y que yo examine las declaraciónes en esta solicitud y/o los documentos que le acompañan y que en lo mejor de mi conocimiento y creencia los encuentro verdaderos y correctos. Yo entiendo que la agencia del IV-D reserva el derecho de determinar cuales servicios de sustento de menores se me proveeran para colecciónar el sustento del menor.

Yo estoy conciente de que si mi caso va al tribunal la información que contiene este documento, INCLUYENDO mi domicilio, número de seguro social, y mi nombre completo puede llegar a ser una cuestión de archivo público, solo que yo informe a la agencia del Titulo IV-D que protega la información y que no la revelen por razónes de violencia domestica y familiar.

Yo estoy de acuerdo con todos los terminos y condiciones declarados en Los Derechos y Responsabilidades.

Applicant's Signature / Firma del solicitante	Date / Fecha
Witness Print Name (Required) / *Nombre del Testigo en letra molde (requerido)*	
Witness Signature (Required) / *Firma del testigo (requerido)*	Date / *Fecha*

NOTA: Un testigo calificado tiene que tener por lo menos 18 anos de edad y no puede estar relacionado con ninguno de los padres por medio de sangre o matrimonio.